㊫

第　　号様式

補装具処方箋(眼鏡・義眼・つえ)

ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日(　　歳)
住 所				職 業	
障害名	(身障手帳の「障害名」を記載して下さい)			等 級	種　　級
現症				補装具の必要性 補装具使用効果見込み	

		SPH (球面)	CYL (円柱)	AXIS (円柱軸)	PRISM (ﾌﾟﾘｽﾞﾑ)	BASE (基底)	PD (瞳孔距離)	備　考
遠用	右							
	左							
近用	右							
	左							

処方

※以下該当する項目にチェックをお願いします。

①眼鏡

□ 矯正眼鏡 [□6D未満 □6D以上10D未満 □10D以上20D未満 □20D以上] [□乱視]
[□プラスチック □ガラス]

□ 遮光眼鏡 [□前掛式 □6D未満 □6D以上10D未満 □10D以上20D未満 □20D以上][□乱視]
[□プラスチック □ガラス]

□ 弱視眼鏡 [□掛けめがね式 □掛けめがね式(高倍率) □焦点調節式]

②コンタクトレンズ

□ ハード　　□ ソフト

右	BC	／P	／S
左	BC	／P	／S

③義眼

□ 普通義眼 [□右 □左] [□プラスチック □ガラス]
□ 特殊義眼 [□右 □左] [□プラスチック □ガラス]
□ コンタクト義眼 [□右 □左]

④盲人安全つえ [□普通用 □携帯用]

□ グラスファイバー　□ 木材　□ 軽金属

[□夜光材付 □全面夜光材付 □ﾌﾗｯｼｭﾗｲﾄ付 □ベル付 □ﾎﾟﾘｶｰﾎﾞﾈｰﾄ樹脂被覆付 □ｺﾞﾑｸﾞﾘｯﾌﾟ付]

上記のとおり処方する

年　月　日

処方医師
医 療 機 関 名

医　師　名　　印

適合判定所見

上記処方のとおり適合していることを証明する

年　月　日

適合医師
医 療 機 関 名

医　師　名　　印

該当する項目にチェックをお願いします

□ 身障法第15条指定医
□ 国立身体障害者リハビリテーションセンター主催　補装具適合判定医師研修会修了者
□ 児童の場合(指定自立支援医療機関 ・〔　　〕保健所)